

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Para el período de _____ a _____,
el pago retroactivo del Programa para la Transición de la
Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW) que usted
solicitó para transporte ha sido **negado**.

La razón es la siguiente:

- No estaba en una actividad aprobada de WTW.
- El transporte que solicitó no se necesitaba para que usted pudiera asistir a su actividad aprobada de WTW.
- No completó ni entregó al Condado los formularios que se le pidieron para que sus gastos de transporte fueran pagados.
- Ya se le ha pagado todo lo que el Condado puede pagar.
- No presentó el formulario de solicitud para una revisión antes del 30 de noviembre de 2001.
- Otra:

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 42-711.552 y 42-750.11

